ESSAI

N° 162.

SUR L'EXOMPHALE

QUE LES ENFANS PORTENT EN VENANT AU MONDE,

SUIVI DE PROPOSITIONS

SUR L'AFFECTION TYPHOÏDE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1^er^ juillet 1833, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR J.-P. BURRET, de Saint-Ybars,

Département de l'Arriège;

Bachelier ès-sciences.

.....Ego, apis Matinæ
More modoque
Grata carpentis thyma per laborem
Plurimum, circa nemus, uvidique
Tiburis ripas, operosa parvus
Carmina fingo.
HORATII Odarum liber quartus, od. 2.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Président.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Suppléant.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Examinateur. CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur. JULES CLOQUET. DUPUYTREN. ROUX, Examinateur.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin, Suppléant.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur, Examinateur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin, Examinateur.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Amour et respect pour la vie.

A MON FRÈRE

ET

A MA BELLE-SŒUR.

Amitié inaltérable.

J.-P. BURRET.

AVANT-PROPOS.

J'ai suivi à plusieurs reprises, et toujours avec un nouveau fruit, les visites et les savantes leçons cliniques de M. le professeur *Dupuytren*. C'est à cette source inépuisable d'instruction que, pendant le cours de cette année, j'ai eu l'occasion d'observer deux petits malades affectés de fistule stercorale à l'ombilic, qui ont été guéris radicalement au moyen d'un traitement fort simple. Ces deux faits m'ont paru très-curieux et m'ont donné l'idée de traiter, dans ma dissertation inaugurale, l'exomphale du fœtus, me réservant de les consigner à l'article *Diagnostic* de cette dernière, comme accident de la ligature du cordon ombilical, appliquée sur une portion d'intestin dont la présence n'aurait pas été reconnue. Les limites étroites de mon sujet m'ont inspiré la crainte de manquer le but que doit constamment se proposer celui qui écrit une thèse, c'est-à-dire de fournir à ses juges amplement matière à argumentation. C'est pourquoi je le fais suivre de quelques propositions sur la fièvre typhoïde.

ESSAI

SUR L'EXOMPHALE

QUE LES ENFANS PORTENT EN VENANT AU MONDE,

SUIVI DE PROPOSITIONS

SUR L'AFFECTION TYPHOÏDE.

Définition.

On désigne sous le terme générique de *hernie ombilicale*, d'*exomphale* (de deux mots grecs, ἐξ, *dehors*, ὀμφαλὸς, le *nombril*), une tumeur formée par la sortie d'un ou de plusieurs viscères contenus dans l'abdomen, à travers l'ouverture naturelle qu'on appelle *anneau ombilical*, et présentant une saillie plus ou moins considérable sur la paroi antérieure de cette cavité. On a donné le même nom, avec peu de raison, ce me semble, à celles qui se forment au pourtour de cet anneau fibreux. Il est évident qu'il vaudrait mieux les appeler tout simplement *hernies ventrales*.

La hernie ombilicale proprement dite, c'est-à-dire celle qui se fait dans l'espace circonscrit par les vaisseaux ombilicaux seulement, ou bien entre ceux-ci et l'ouverture fibreuse qui les entoure, paraît être exclusivement, et c'est là l'opinion de presque tous les auteurs, le triste héritage du fœtus et de la première enfance. On lui a donné des noms différens, suivant qu'elle apparaît à telle ou telle autre époque. C'est ainsi que celle que porte ou contracte l'enfant en venant au monde a été désignée sous le nom d'*exomphale congénitale* : on a, au contraire, appelé *exomphale des jeunes sujets* celle qui survient après la naissance. La première espèce fera seule le sujet de ma dissertation. Je pourrais donner ici la description des parties qui entrent dans la composition de l'anneau et du cordon ombilical, signaler aussi les dispositions anatomiques naturelles ou anormales qu'elles peuvent subir aux diverses époques de la vie fœtale, et qui favorisent plus ou moins la production de cette maladie ; mais j'aime mieux en parler en très-peu de mots, et aussi succinctement qu'il me sera possible, à l'article des *causes*, dont je vais m'occuper immédiatement.

Quelques considérations anatomiques sur l'anneau et le cordon ombilical, et causes de la maladie.

L'enfant, cette partie naïve et intéressante de l'espèce humaine, qui, par sa faiblesse et sa riante innocence, inspire le plus grand intérêt et la plus vive sollicitude, est exposé à une foule d'affections, dont quelques-unes, très-graves, appartiennent exclusivement à son âge ; et, malgré la douleur bien légitime qu'on éprouve à faire un semblable aveu, il faut néanmoins le dire, les maladies ne sont pas uniquement le partage de cette période de l'existence, ni des autres âges de la vie extra-utérine : le fœtus lui-même, encore renfermé dans le sein de sa mère, où il ne jouit en quelque sorte que d'une vie végétative (car la faculté instinctive, que lui a donnée un célèbre accoucheur moderne, n'est encore rien moins que prouvée), le fœtus, dis-

je, n'en est pas plus à l'abri; aussi beaucoup d'enfans viennent-ils au monde portant des affections plus ou moins dangereuses.

La hernie congénitale de l'ombilic est une de celles qu'on remarque assez souvent; il est très-peu d'accoucheurs, et même de chirurgiens, qui n'aient eu l'occasion de l'observer. Le docteur *Hamilton* dit l'avoir rencontrée dans sa pratique au moins deux fois chaque année. Pour ma part, je puis assurer que depuis le commencement de mes études médicales j'ai vu quatre jeunes enfans qui sont nés avec un état pathologique semblable. L'état anatomique des parties et les modifications qu'elles peuvent subir aux différentes époques de la vie embryonnaire et fœtale rendent, jusqu'à un certain point, compte de cette fréquence. Tous les anatomistes savent fort bien que, pendant tout le temps de la vie intra-utérine, l'anneau ombilical est d'autant moins résistant et son ouverture d'autant plus considérable que le fœtus se rapproche davantage du terme de la conception. Pendant tout le temps de la vie embryonnaire, et plus loin encore, il est complètement formé par la base du cordon ombilical. Suivant *Scarpa* et la plupart des anatomistes, le relâchement de l'anneau fibreux persiste pendant deux mois après la naissance; suivant *Desault*, au contraire, chez l'enfant de quatre mois l'anneau ombilical est le point de la ligne blanche qui offre le moins de résistance à la sortie des intestins hors de la cavité abdominale. Quoi qu'il en soit de ces deux opinions, il n'en est pas moins vrai que cette partie, qui se trouve pendant le temps désigné le point le plus faible, devient plus tard d'une solidité tellement considérable, que la possibilité de la formation d'une hernie absolument ombilicale, après les quatre premiers mois de la vie extra-utérine, est, dans l'état actuel de la science, une chose toute problématique et révoquée en doute par presque tous les pathologistes.

La connaissance de la disposition des parties qui entrent dans la composition du cordon ombilical n'est pas sans importance pour le pathologiste qui cherche à se rendre raison de la formation de la hernie ombilicale chez le fœtus; c'est pour cela que je vais en parler,

mais aussi brièvement qu'il me sera possible. Cet organe, moyen de communication de la mère à l'enfant, est formé par l'ouraque et les vaisseaux ombilicaux unis entre eux par du tissu cellulaire très-lâche; ces parties sont de plus entourées d'une gaîne, fournie par les membranes chorion et amnios, et qui va se continuer avec la peau du fœtus. L'ouraque et les trois vaisseaux qui entrent dans la structure intime du cordon ombilical, quelques lignes avant d'arriver à la base de cet organe, commencent à se séparer pour se diriger, en pénétrant dans l'abdomen, vers des points différens : c'est ainsi que la veine se porte vers le foie, tandis que les artères et l'ouraque vont se rendre à la vessie et aux deux régions iléo-lombaires : par cet écartement, ils circonscrivent un espace triangulaire très-considérable sur l'embryon et même sur le fœtus âgé de plus de quatre mois, et qui contient, suivant les anatomistes, un sac péritonéal fort vaste, que *Scarpa* désigne sous le nom d'*infundibulum*, et dont la cavité se trouve remplie d'un paquet intestinal. A mesure que le fœtus avance vers sa maturité, les vaisseaux ombilicaux et l'ouraque se rapprochent, l'anneau fibreux qui les entoure se resserre, et par conséquent l'espace qu'ils circonscrivent par leur écartement diminue d'une manière progressive; par suite aussi, l'infundibulum péritonéal devient de moins en moins considérable, et les organes qu'il contient rentrent peu à peu dans la cavité abdominale. Lorsque le fœtus est arrivé au terme de la gestation, les vaisseaux ombilicaux et l'ouraque sont presque adhérens entre eux, sans cependant l'être avec l'anneau fibreux qui les entoure; aussi les hernies qui se manifestent les premiers mois après la naissance se font-elles presque toujours entre l'anneau ombilical et le cordon formé par les vaisseaux du même nom et l'ouraque.

C'est ainsi que se passent les choses dans l'état normal; mais si, par des circonstances physiques et pathologiques dont il n'est pas possible d'assigner la cause immédiate, telles que la persistance de l'intestin dans l'anneau ombilical, ou bien encore la présence d'un amas de sérosité dans l'abdomen, il arrive que l'infundibulum conserve sa forme, l'enfant viendra nécessairement au monde avec une

hernie ombilicale. Le volume anormal et la trop grande mollesse du cordon ombilical prédisposent à cette maladie de deux manières : la première en rendant l'ouverture de l'ombilic plus large, et la seconde en retardant son resserrement. Une cause qui favorise encore beaucoup plus la formation de cette même maladie, c'est le défaut de développement des parois abdominales coïncidant avec un excès de volume des viscères contenus dans cette cavité. *Scarpa* s'étant livré à quelques expériences mécaniques sur le cordon ombilical, rapporte avoir constaté qu'en exerçant des tractions sur cet organe, le péritoine qu'il entraînait vers lui formait une espèce d'entonnoir qui est un véritable sac herniaire artificiel tout prêt à recevoir les organes ; aussi regarde-t-il l'entortillement du cordon ombilical autour des parties du fœtus, et toute espèce de traction exercée sur lui, comme autant de circonstances très-favorables à la production de la hernie. Elle peut encore être le résultat d'un accouchement laborieux, de l'établissement de la respiration ou des cris assez violens que pousse l'enfant en venant au monde.

Toutes ces causes agissent, les unes en rendant plus large l'ouverture de l'ombilic, les autres, je veux parler des tractions exercées sur le cordon ombilical, en soutirant au dehors l'infundibulum dont nous avons parlé plus haut; les autres enfin, en poussant contre ce sac péritonéal les organes contenus dans la cavité abdominale, et en facilitant leur issue à travers l'ombilic.

Anatomie pathologique et chirurgicale.

Cette partie de l'histoire de l'exomphale, quoique physique et assez facile à apprécier, a été incomplètement connue des ancien chirurgiens. C'est ainsi que *Ruisch* et *Méry* prétendaient que les hernies congénitales de l'ombilic étaient, comme toutes celles de cette région, dépourvues de sac péritonéal, et que les deux enveloppes qui la recouvrent n'étaient autre chose que des prolongemens des membranes chorion et amnios. Cette erreur a existé pendant long-

temps ; c'est au célèbre *Pott*, chirurgien anglais, qu'était réservé de la détruire et de venir éclairer ce point de la science. Effectivement, ce praticien a constaté par des observations nombreuses que le sac péritonéal existait dans tous les cas sans exception. Les recherches postérieures de *Cooper* et de *Scarpa* vinrent confirmer les résultats et les idées de ce chirurgien. Passons maintenant à l'étude de ce sac, des parties qui l'entourent et de celles qu'il renferme dans sa cavité.

Le sac herniaire est d'un volume variable; il a le plus ordinairement la forme d'un cône. C'est sur la surface extérieure que sont appliqués les vaisseaux ombilicaux qui l'entourent; c'est à la partie moyenne et en haut de sa circonférence qu'on trouve la veine ombilicale; un peu en bas et sur les côtés, il est en rapport avec les artères du même nom; il se trouve par conséquent situé dans l'écartement de ces trois vaisseaux, écartement qui est d'autant plus considérable, que la hernie est elle-même plus volumineuse. La position des veines ombilicales n'est pas tellement constante qu'elles soient toujours situées une de chaque côté. *Scarpa* dit les avoir vues réunies et occupant un seul côté de la tumeur; on rapporte même un cas dans lequel un de ces vaisseaux manquait. Plus en dehors du sac, on trouve encore une enveloppe qui n'est autre chose, suivant *Scarpa*, que la continuation de la peau du ventre. Entre ces deux mêmes enveloppes existe une légère couche de liquide glutineux que les accoucheurs désignent sous le nom de *gélatine de* Warton. Les organes contenus dans le sac varient singulièrement, tant sous le rapport du nombre que de la quantité. Lorsque la maladie est le résultat d'un développement très-incomplet des parois abdominales, cette poche peut être remplie par un ou plusieurs viscères; on y a rencontré une très-grande partie du paquet intestinal, le foie, l'estomac et même la rate. Ces cas extrêmement graves, et heureusement les plus rares, ne sont pas ceux qui inspirent au pathologiste le plus grand intérêt; et cela, parce que les ressources de l'art ne peuvent absolument rien contre eux. En effet, ils coïncident presque toujours avec quelque autre vice de conformation nécessairement mortel : c'est ainsi qu'il

existe en même temps, ou un spina bifida, ou un hydrocéphale, etc.

Les hernies congénitales d'un petit volume sont beaucoup plus fréquentes. Elles doivent surtout exciter beaucoup plus vivement l'attention du médecin; car ici la thérapeutique reprend tout son empire, et parvient presque toujours à les guérir d'une manière radicale. Ces hernies sont ordinairement formées par une petite portion d'intestin ; quelquefois, mais beaucoup plus rarement, il est vrai, c'est l'extrémité d'un des lobes du foie qui les constitue. On conçoit facilement pourquoi cet organe s'engage ainsi dans l'anneau ombilical, si on se rappelle que chez certains fœtus il est tellement volumineux, toute proportion gardée, qu'il occupe à lui seul presque toute la région épigastrique, et qu'il dépasse même, dans quelques cas, la région de l'ombilic. Chez le fœtus, l'épiploon est trop court pour qu'il puisse entrer dans la composition de l'exomphale; de telle sorte qu'on peut affirmer qu'à cette époque de la vie il n'existe jamais d'épiplocèle ombilicale. Après cette étude anatomique, il se présente à résoudre la question suivante : les parties que contient le sac herniaire sont-elles ou ne sont-elles pas susceptibles de contracter des adhérences avec ce même sac? On peut répondre à cette question que dans la très-grande majorité des cas on ne trouve aucune adhérence ; mais en invoquant l'expérience de *Scarpa*, on ne saurait en nier quelquefois la possibilité. Effectivement, ce praticien célèbre rapporte avoir rencontré, sur un enfant qui vint au monde avec une hernie de l'ombilic, une grande partie de jéjunum pelotonnée qui avait contracté des adhérences avec l'entrée du sac herniaire. Cette étude anatomique finie, arrivons à l'histoire des caractères symptomatiques de la maladie.

Symptômes.

Lorsqu'on réfléchit à la nature des causes qui président probablement à la formation de l'exomphale du fœtus ; lorsqu'on se rappelle surtout les modifications anatomiques diverses que peuvent subir les

parties qui composent la région de l'ombilic, il est facile d'apercevoir que la tumeur qui existera à la base du cordon d'un enfant qui vient au monde avec une hernie ombilicale présentera un volume et des formes très-variables ; et d'abord, si elle est le résultat d'un défaut de développement des parois abdominales, sa forme sera ordinairement fort irrégulière, et en même temps très-volumineuse. Dans ce cas, elle peut être constituée par plusieurs organes différens, et offrir sur chacun de ses points une densité différente. On conçoit, en effet, que si, par exemple, une portion du foie ou de l'intestin remplit le sac, ces parties opposeront à la main qui les explorera une résistance particulière appartenant à chacune d'elles ; du reste, ce moyen de diagnostic n'est pas absolument nécessaire, puisque, dans tous ces cas, la transparence des membranes qui les enveloppent permet à l'œil de distinguer facilement ces mêmes parties. Si la hernie ombilicale est, au contraire, formée par une petite partie d'intestin, c'est là ce qui a lieu le plus communément, voici avec quels caractères elle se présente à l'observateur : elle a quelquefois la forme d'une tumeur globuleuse ; d'autres fois elle est presque cylindrique, allongée, et tellement peu volumineuse, qu'elle ne change en rien la grosseur du cordon ombilical ; et, dans ces cas, si on n'y porte une très-grande attention, on pourrait la comprendre dans la ligature qu'on pratique sur ce même cordon ; cet accident a été observé trois fois par *Sabatier*, et sept à huit par M. *Dupuytren*. Le plus souvent enfin elle affecte la figure d'un cône dont la base correspond à l'ombilic et la pointe au centre du cordon ombilical. Elle est toujours opaque à sa base, dans une étendue de quatre lignes environ, parce qu'elle est recouverte sur ce point d'un prolongement qui n'est autre chose que la continuation de la peau abdominale ; tout le reste de la tumeur offre une transparence très-grande. Son volume augmente et diminue d'une manière alternative, suivant les positions qu'on donne à l'enfant, et suivant aussi les mouvemens ou efforts variés qu'il exécute. Elle rentre et sort de la cavité abdominale sans aucune difficulté ; sa rentrée produit un bruit de gargouillement

plus ou moins considérable, qui prouve incontestablement la présence de l'intestin.

Du diagnostic et de la nécessité de bien l'établir.

Dans l exomphale du fœtus, comme dans tout état pathologique, on ne saurait trop se pénétrer de l'importance d'établir un diagnostic précis, puisque c'est avec son secours seulement qu'on peut poser des bases thérapeutiques rationnelles et éviter des accidens graves qui arrivent toujours trop souvent. Il est bien certain que cette maladie ne sera jamais méconnue par un homme vraiment instruit et judicieux ; mais, qui ne sait que les accouchemens, cette partie brillante et difficile de la chirurgie, sont moins pratiqués par des hommes de l'art que par des sages-femmes, qui, pour la plupart, n'ont jamais étudié la physiologie, et qui ne se doutent même pas de certaines dispositions anatomiques qu'elles devraient indispensablement connaître ; aussi, lorsque ces hernies ont un petit volume, sont-elles souvent inaperçues, et comprises quelquefois dans l'anse de la ligature qu'on pratique sur le cordon ombilical. Les faits rapportés par *Sabatier* et M. *Dupuytren* ne sont que trop réels pour venir confirmer cette triste vérité ; et cependant cet accident est une chose fort grave, et dans quelques cas mortelle. Effectivement, si la ligature comprend tout le calibre de l'intestin, elle peut occasioner très-promptement la mort ; dans le cas où elle ne fait que pincer cet organe, elle est encore très-fâcheuse, puisqu'elle produit des symptômes d'étranglement, et qu'après sa chute il survient un anus contre-nature, ou une fistule stercorale, affections fort incommodes et assez difficiles à guérir. Ces méprises coupables, dangereuses, et qui sont la conséquence presque inévitable de l'ignorance, auraient dû, ce me semble, engager les accoucheurs à insister plus longuement dans leurs ouvrages sur la nécessité de pratiquer la ligature du cordon ombilical à la distance de plus de quatre travers de doigt des parois abdominales : il est évident qu'aucune espèce d'accident n'est attachée à

ce précepte; tandis que l'application d'une ligature sur une hernie méconnue a, dans tous les cas, des conséquences plus ou moins fâcheuses.

Puisqu'une fistule stercorale est souvent le résultat d'une erreur ou plutôt d'un défaut de diagnostic, touchant la hernie congénitale de l'ombilic, qu'on comprend dans l'anse d'une ligature, je pense qu'il serait peut-être utile de rapporter à cette occasion deux observations de fistules semblables, produites de cette manière, et qui ont guéri par un traitement fort simple.

Ire. Observation. « Dans le mois d'avril 1833, est entré à l'Hôtel-Dieu « de Paris un petit enfant, couché au n°. 35 de la salle Saint-Jean, « âgé de quatre mois et demi, affecté, depuis quelques jours après « sa naissance, d'une fistule stercorale à l'ombilic, qui reconnaissait « probablement pour cause l'application d'une ligature sur une « hernie qui occupait l'épaisseur du cordon ombilical, et qu'on « n'aurait pas reconnue, car la mère qui l'avait porté assurait que « son enfant avait eu des vomissemens quelques heures après que « cette ligature avait été pratiquée, et qu'après la chute de celle-ci, « cette fistule qui existe encore aujourd'hui s'était manifestée. —*État « du malade lorsqu'il est entré à l'hôpital.* Sa santé et sa constitution « étaient dans un bon état. A la région de l'ombilic existaient deux petites « tumeurs, dont la couleur était assez analogue à celle des membranes « muqueuses légèrement enflammées; elles avaient à peu près la gros- « seur de deux cerises, dont l'une assez grosse, et l'autre extrême- « ment petite; au centre de la plus volumineuse existait une ouver- « ture d'une ligne environ de diamètre, qui donnait passage à une « assez grande quantité de matières bilieuses et muqueuses ayant un « peu l'odeur des matières fécales. Un stylet, introduit dans cette « ouverture, pénétrait avec facilité dans la cavité de l'intestin. Ces « deux tumeurs étaient supportées par un pédicule à peu près d'une « ligne et demie de longueur sur quatre de grosseur; sa couleur était « d'un rose extrêmement pâle. Il était situé au centre de l'anneau

« ombilical, au pourtour duquel il adhérait un peu; aussi n'était-il « pas possible, à l'aide de la main, de faire rentrer les tumeurs dans « la cavité abdominale. Tous les moyens compressifs imaginables « pour en opérer la réduction ayant été, pendant plusieurs jours, « employés sans succès, M. *Dupuytren* s'est déterminé à les faire tom- « ber au moyen d'une ligature. Elle a été pratiquée le 30 avril avec « un fil double. Dans l'instant même, le petit malade n'a manifesté « qu'une très-légère douleur; les trois jours suivans, il n'est sur- « venu aucun symptôme d'étranglement. Le quatrième jour après « l'opération, la ligature est tombée, et c'est alors seulement qu'ont « apparu des coliques et des vomissemens qui ne contenaient pas « des matières stercorales; cependant il n'y avait plus de selles par « le fondement depuis vingt heures. Quelques lavemens laxatifs « et l'administration de trois cuillerées des sirops de rhubarbe et de « chicorée ont rétabli et décidé la sortie des matières par le rectum. « Les jours suivans ces accidens ne se sont pas renouvelés; il ne s'é- « coulait presque plus de matières bilieuses par la cicatrice; une très- « légère compression a suffi pour la fermer complètement; et le 8 « mai le malade est sorti de l'hôpital très-bien guéri. »

IIe. Observation. « Dans le courant du mois de mai 1833, est en- « tré, à l'Hôtel-Dieu de Paris, au n°. 18 de la salle Saint-Jean, un « enfant âgé de quatre mois, qui portait une fistule stercorale abso- « lument semblable à celle de l'observation précédente; comme celle- « là, elle avait été produite par l'application d'une ligature sur une « anse d'intestin qui occupait l'épaisseur du cordon ombilical; les « tumeurs offraient à peu près le même aspect et la même forme; il « serait, par conséquent, superflu de les décrire. Elles étaient irré- « ductibles; néanmoins le pédicule qui les supportait était un peu « mobile dans l'ouverture de l'anneau ombilical. Persuadé que la « compression ne pourrait réussir à les faire rentrer dans la cavité « abdominale, M. *Dupuytren* prit encore le parti de les faire tomber « au moyen d'une ligature. Elle fut pratiquée, le 28 mai, avec un

« fil double ; aucun accident ne suivit son application; le premier « jour seulement, le cours des matières parut un peu arrêté; mais « quelques quarts de lavemens légèrement laxatifs suffirent pour « en déterminer l'expulsion par le fondement. La chute de la ligature « ne s'effectua que huit jours après son application; la cicatrice « qu'elle laissa ne donnait passage à des matières ni bilieuses ni mu- « queuses ; elle n'était pas même le siége du plus petit suintement. « Deux jours après, c'est-à-dire le 9 avril, le petit malade a été re- « tiré de l'hôpital, parfaitement guéri. »

Ces deux observations m'ont suggéré quelques réflexions que je vais consigner dans ma thèse, sans y ajouter toutefois aucune espèce d'importance. En pensant à ces malades, la première question, ce me semble, qui se présente à résoudre, est la suivante : déterminer comment et aux dépens de quelles parties sont formées les tumeurs et les trajets fistuleux qui sont les élémens constituans de ces deux faits pathologiques. Ces productions ne seraient-elles pas entièrement dépendantes du péritoine? n'auraient-elles pas enfin quelque grossière analogie avec l'infundibulum des anus contre-nature? Cette opinion, qui ne paraît pas tout d'abord impossible, ne me semble cependant pas vraie dans les deux cas qui nous occupent, et voici les raisons qui me font exprimer ce doute. Premièrement, il est reconnu que les membranes séreuses se convertissent difficilement en trajets fistuleux, à cause de la grande tendance qu'elles ont à contracter des adhérences entre elles. Secondement, enfin, les végétations qui entourent l'ouverture des trajets fistuleux sont assez douloureuses, et présentent ordinairement un aspect fongueux, d'un rouge sombre ou noirâtre; tandis que les tumeurs qui existaient sur l'ombilic de nos deux malades étaient absolument indolores et nuancées d'une belle couleur vermeille, parfaitement semblable à celle de la membrane muqueuse buccale. Ces diverses considérations me portent à penser qu'elles ne provenaient ni du péritoine, ni des autres tissus voisins ; mais, dira-t-on, comment donc expliquer leur origine? Voici, selon moi, ce qui se-

rait le plus plausible : nous avons vu qu'à la chute d'une ligature qu'on avait appliquée sur le cordon ombilical, et qui avait compris une partie d'intestin, il s'était formé une fistule stercorale; par conséquent, les bords de l'ouverture du sac herniaire avaient contracté des adhérences avec ceux de l'ouverture de l'intestin; mais celui-ci, qui avait déjà naturellement une grande tendance à passer dans l'orifice ombilical, continuait à se porter vers ce point et à sortir même hors de la cavité abdominale, à moins qu'il n'en fût empêché par une compression convenable. Il est facile de concevoir que, dans cette position, la membrane muqueuse de l'intestin, qui se trouvait en contact avec des matières bilieuses, muqueuses, l'air et les autres agens extérieurs, soit devenue le centre d'un mouvement organique insolite et assez intense. Enfin, ces irritations, auxquelles elle était sans cesse exposée, ont augmenté nécessairement sa vitalité; son tissu s'est boursoufflé, considérablement tuméfié, etc.; et c'est par suite de toutes ces modifications organiques qu'elle est venue probablement former les trajets fistuleux et les tumeurs dont nous cherchons à connaître la nature intime. Le pédicule qui les supportait était sans doute recouvert par le péritoine; son aspect au moins était bien celui des membranes séreuses, et le contraste frappant que produisait sa couleur avec celle des tumeurs fournit une preuve de plus qui vient à l'appui de ma manière de voir, touchant le mode de développement de ces dernières. Je passe immédiatement à quelques considérations principales qui découlent naturellement du traitement employé.

Comme nous l'avons déjà vu, tous les moyens compressifs imaginables ayant échoué à réduire ces tumeurs, M. *Dupuytren* a pris le parti de les faire tomber; il a pour cela embrassé et serré leur pédicule dans l'anse d'une ligature. En agissant ainsi, ce savant professeur n'avait, je crois, d'autre but que de réduire la fistule à son plus grand état de simplicité possible, espérant que par la compression il pourrait ensuite en obtenir la cure radicale. Mais, chose fort curieuse et qui n'est pas sans importance, il est arrivé qu'après la chute de la ligature, surtout chez le second malade, il ne s'est plus rien écoulé par

l'ouverture fistuleuse, d'où il est permis de conclure qu'elle était oblitérée, et que par conséquent les tissus qui la constituaient avaient contracté des adhérences entre eux. Mais nous avons vu plus haut que ces fistules et les tumeurs qui les terminaient étaient très-probablement le résultat d'un allongement ou plutôt d'une espèce d'épanouissement de la muqueuse intestinale. Ce serait donc les membranes muqueuses de cet organe qui auraient contracté des adhérences entre elles.

En présence de ces deux faits, il est assez naturel de se demander ce qu'on doit penser de cette opinion généralement répandue parmi les chirurgiens, qui veut que l'adhésion des membranes muqueuses entre elles soit presque toujours une chose impossible. Pour ma part, s'il m'est permis d'exprimer mon opinion, j'oserai dire qu'elle me paraît un peu trop exagérée, et que très-souvent on pourrait obtenir leur réunion, si on les tenait exactement en contact à l'aide d'une ligature assez grosse et un peu plate; cela est tellement vrai, que vers la fin du mois de mai, j'ai eu l'occasion, à l'Hôtel-Dieu de Paris, de voir appliquer ce moyen sur une petite ouverture qui avait été faite à l'intestin. Le malade ayant succombé à une péritonite tout à fait indépendante de cette ligature, on en a fait l'autopsie, et on trouva que les membranes muqueuses correspondantes au point de l'intestin lié étaient déjà assez intimement unies pour s'opposer à toute espèce d'épanchement dans la cavité du péritoine. Ce fait, ajouté aux deux observations précédentes, pourrait donner matière à des considérations qui ne seraient peut-être pas sans utilité pour le traitement de certaines plaies du tube digestif; mais comme je suis persuadé que cela m'entraînerait beaucoup plus loin que ne le comportent les limites de ma dissertation, je vais le laisser de côté, afin de terminer ma digression aussitôt que possible.

Le traitement employé pour guérir nos deux malades a, si je ne me trompe, quelque chose de nouveau. Je ne sache pas que la ligature ait été conseillée par les auteurs comme moyen de traitement des fistules à l'ombilic. Quoique son application n'ait déterminé chez

nos deux malades aucune espèce d'accident, je pense néanmoins que, dans des cas semblables, il serait, dans l'état actuel de la science, prudent de n'avoir recours à ce moyen que tout autant que les agens compressifs auraient été insuffisans pour faire rentrer les tumeurs. Mais lorsqu'il en serait ainsi, on devrait sans hésiter en venir à la ligature faite avec un fil double, en se rappelant toujours que, s'il survenait à la suite de son application quelques symptômes graves d'étranglement, comme hoquets, coliques, vomissemens fréquens, etc., il faudrait la couper sans retard.

Les assertions que j'ai émises dans ces courtes réflexions ne sont encore que des explications, et ne sauraient être considérées comme certaines, attendu que les recherches d'anatomie pathologique, qui seules pourraient les infirmer ou les confirmer, manquent presque complètement.

Prognostic.

Si on se pénètre bien des diverses variétés de volume et de composition de la hernie congénitale de l'ombilic; si on a surtout égard aux causes qui peuvent lui donner naissance, il est évident pour tout le monde que l'issue de cette maladie n'est pas toujours la même; c'est ainsi que lorsqu'elle est très-peu volumineuse, et surtout sans complication aucune, il n'existe pas le moindre danger. C'est alors que le médecin peut se bercer de la douce espérance de la guérir radicalement dans presque tous les cas. Lorsqu'elle est, au contraire, très-volumineuse et constituée par une grande partie des viscères contenus dans l'abdomen, l'art et la science demeurent impuissans, et le prognostic porte avec lui le cachet de l'incurabilité. Cette terminaison fâcheuse est encore beaucoup plus certaine lorsque la maladie est accompagnée de quelque autre complication, comme, par exemple, le spina-bifida, l'hydrocéphale, ou enfin le défaut de développement de tout autre organe important à l'économie. Il existe encore une autre circonstance qui contribue à augmenter la gravité du prognostic; je veux parler de l'inflammation plus ou moins vive

que peuvent contracter les parties qui se trouvent quelquefois exposées au contact de l'air immédiatement après la chute du cordon.

Traitement.

Aujourd'hui le traitement de la hernie congénitale de l'ombilic est presque semblable à celui qui convient à cette même maladie, alors qu'elle survient après la naissance ; et la compression est à peu près le seul moyen qu'on leur oppose ; mais dans le commencement de notre siècle, dans le dernier, et plus anciennement encore, il n'en était pas ainsi. Les chirurgiens de ces époques n'ont pas toujours été d'accord sur le traitement de la hernie ombilicale de l'enfant ; de telle sorte qu'on peut dire avec raison que ce point de la science a été le rendez-vous où les hommes du plus grand génie sont venus soutenir avec talent des opinions diverses. Enfin, c'est sur la thérapeutique de cette affection que les *Paul d'Égine*, les *Celse*, les *Saviard*, les *Desault*, les *Bichat* et quelques autres, ont émis des opinions et des préceptes que la plupart des chirurgiens non moins distingués de notre siècle ont impitoyablement rejetés du traitement de cette affection. Cependant, tous connaissaient très-bien le but qu'on doit se proposer, c'est-à-dire de réduire et de maintenir ainsi les parties qui forment la hernie, de favoriser aussi le resserrement de l'anneau ombilical, et malgré cela, chacun remplissait ces indications par des moyens différens. La ligature et la compression sont les deux principaux qui ont pendant long-temps partagé les chirurgiens.

Le traitement par la ligature remonte à une époque beaucoup plus reculée que celui par la compression. *Paul d'Égine* avec les Arabes, et après eux *Celse* et tous les médecins grecs l'adoptèrent. Ce fut beaucoup plus tard qu'un bandagiste italien, nommé *Fabricio de Norsia*, proposa de traiter cette maladie par la compression. Ce moyen réussissant très-souvent et ayant surtout le mérite capricieux de la nouveauté, captiva si bien les esprits des médecins de l'époque, que la ligature finit peu à peu par tomber dans un oubli complet.

Plus tard *Thévenin* et *Saviard* s'efforcèrent, mais en vain, de la remettre en vigueur. C'était à l'autorité de *Desault* qu'était réservé le pouvoir de la faire rentrer dans le domaine de la thérapeutique de cette affection. Ce chirurgien célèbre l'y introduisit sans contredit avec le meilleur des passe-ports, c'est-à-dire accompagnée de plus de soixante malades, qui furent traités et guéris à l'aide de ce seul moyen. Après la mort de *Desault* et de son illustre élève, *Bichat*, les partisans de la ligature devinrent de moins en moins nombreux, et, en 1811, la Société de médecine de Lyon, la considérant comme inutile et dangereuse, la rejeta du traitement de la hernie ombilicale. Dans le mois de juin de la même année, une autre assemblée de savans, la Société de médecine de Paris, porta un jugement semblable et la frappa de la même proscription. Depuis cette époque, le plus grand nombre de praticiens lui préférèrent la compression.

La ligature étant aujourd'hui, peut-être, un peu trop généralement abandonnée, et d'ailleurs n'ayant été employée qu'une seule fois, par *Hamilton*, pour traiter la hernie congénitale de l'ombilic, je vais passer sous silence son mode d'application, pour arriver immédiatement à la compression et à l'étude des agens qui servent à la pratiquer.

La compression raisonnée et méthodiquement appliquée, n'a, comme nous l'avons vu, pris que fort tard droit de domicile dans la thérapeutique de la hernie ombilicale; mais, en y réfléchissant un peu, on ne tarde pas à s'apercevoir que les anciens chirurgiens en faisaient usage sans qu'ils s'en doutassent; effectivement leurs prétendues applications toniques et astringentes, qu'ils employaient sous la forme d'un emplâtre, agissaient non comme telles, mais quoique telles, et en comprimant les parties sur lesquelles on les fixait.

Quoi qu'il en soit de l'époque première où elle a été employée, ce qui est le plus important à savoir, c'est qu'on a beaucoup varié la forme et la nature des bandages dont on fait usage pour la pratiquer. Je vais seulement parler en peu de mots de ceux qui paraissent le plus convenir au traitement de la hernie congénitale de l'ombilic. *Heister* exerçait la compression à l'aide d'une boule faite avec un emplâtre ag-

glutinatif, qu'il assujettissait avec le même emplâtre étendu sur du linge ; *Rischter* se servait d'une noix muscade, qu'il plaçait au centre d'un linge fin qu'il avait préalablement appliqué sur la région de l'ombilic ; il l'assujettissait à l'aide d'une bande en toile, large à sa partie moyenne et garnie sur ce point d'un morceau de cuir ; les extrémités de cette bande très-étroite étaient destinées à faire le tour du corps, pour être ensuite ramenées à la partie antérieure de l'abdomen, où il les fixait. *Cooper* remplaçait la noix muscade de *Rischter* par une boule en ivoire. *Sœmmering* employait une pelote en liége, qu'il maintenait en position avec des emplâtres agglutinatifs. *Girard* de Lyon conseille d'appliquer sur l'anneau ombilical un bourdonnet de charpie, qu'on exprime fortement après l'avoir plongé dans une dissolution d'alun. Il le fixe ainsi avec un emplâtre agglutinatif sur lequel il fait passer un simple bandage de corps. Cet auteur prétend avoir ainsi guéri tous ses malades en moins de deux mois ; il est enfin si enthousiaste de ce moyen, qu'il le croit susceptible de faire disparaître quelquefois des hernies ombilicales anciennes ; mais malheureusement cette opinion n'est pas confirmée par l'expérience.

Scarpa met en usage un bandage à peu près analogue à celui de *Rischter* ; il le compose avec une bande de toile ou de futaine, destinée à assujettir une pelote convexe et grosse comme la moitié d'une noix muscade ; sur cette pelote et au point opposé de la colonne vertébrale il place trois ou quatre compresses graduées, afin que la compression s'exerce plus particulièrement sur ces deux points et qu'elle soit très-légère et même nulle, s'il est possible, sur les autres parties des parois abdominales.

Si j'avais à choisir sur tous ces bandages, c'est à celui de *Scarpa* que je donnerais la préférence, parce que son mode de compression me semble le meilleur et le moins dangereux.

Qu'on emploie tel ou tel autre bandage, il faut, pour l'appliquer, coucher le petit malade presque horizontalement sur son dos, les cuisses fléchies sur le ventre, et la poitrine un peu relevée, de telle sorte que les muscles des parois de l'abdomen se trouvent dans le

plus grand relâchement possible. On procède ensuite à la réduction des parties, ce qui est toujours facile ; cette réduction doit être faite aussi promptement que possible, afin de favoriser la tendance qu'ont les vaisseaux ombilicaux à revenir sur eux-mêmes ; cela étant terminé, on applique, sans trop les serrer et successivement l'une après l'autre toutes les pièces qui composent le bandage ; lorsqu'on veut le changer il faut, avec le doigt, empêcher que les organes qui formaient la hernie s'échappent de nouveau de la cavité abdominale.

Une compression douce et méthodique suffit le plus ordinairement pour guérir ces hernies, lorsqu'elles sont peu volumineuses et seulement formées par une portion d'intestin; lorsque, au contraire, la tumeur herniaire renferme une grande partie ou la presque totalité du canal intestinal, le chirurgien ne peut malheureusement se flatter que d'un très-faible espoir de guérir; cependant il n'en doit pas moins mettre à contribution toutes les ressources de l'art et essayer de tous les moyens de soulagement compatibles avec les circonstances ; c'est ainsi qu'il fera rentrer les parties dans la cavité de l'abdomen, et les y maintiendra à l'aide d'un bandage convenable. Si l'art se promet peu et très-peu dans le cas dont nous venons de parler, son impuissance est encore bien plus grande, je puis même dire complète, alors que la hernie est formée aux dépens de tous les viscères, qu'elle coïncide ou non avec un défaut de développement de quelqu'un des organes essentiels à l'économie. Oh ! dans ces cas, la science ne pourrait rien faire pour obtenir la guérison, et les malades sont nécessairement voués à une mort certaine.

PROPOSITIONS

SUR L'AFFECTION TYPHOÏDE.

I. D'après les formes extrêmement variées que m'ont offertes le grand nombre d'affections typhoïdes que j'ai eu l'occasion d'observer, il me semble qu'on pourrait établir, avec beaucoup de raison, que cette maladie résume à elle seule les cinq ordres de fièvres essentielles admis par notre célèbre *Pinel*.

II. L'affection typhoïde présente la plus grande ressemblance, à son intensité près, avec le typhus des camps; et si, plus tard, l'anatomie pathologique vient confirmer leur analogie, il sera à peu près certain que ces deux états morbides ne sont autre chose que des degrés différens d'une même maladie.

III. Les causes immédiates sous l'influence desquelles se développe la fièvre typhoïde, ainsi que la plupart des autres maladies, sont, dans l'état actuel de la science, couvertes du plus profond mystère, et par conséquent ne sauraient être appréciées.

IV. L'enfant et le vieillard semblent être à l'abri de cette terrible affection; c'est parmi les adolescens et les adultes qu'elle choisit ses plus nombreuses victimes.

V. Aujourd'hui, l'immense majorité des médecins rejette la conta-

gion de la fièvre typhoïde ; quelques-uns restent dans le doute, et d'autres enfin prétendent qu'elle est contagieuse. Pour ma part, les faits que j'ai observés jusqu'à présent m'autorisent à partager entièrement l'opinion des premiers.

VI. La description anatomo-pathologique de cette affection a été, dans ces derniers temps, faite avec tant de détail et de précision, qu'il semble qu'elle devrait être arrivée à son dernier degré de perfection ; et cependant, dans quelques cas, il est impossible d'expliquer l'appareil et la gravité des symptômes observés pendant la vie, à l'aide des altérations pathologiques qu'on rencontre sur le cadavre. Donc il reste encore au scalpel à découvrir quelque autre chose que nous ne connaissons pas.

VII. Les plaques de *Peyer*, les follicules de *Brunner* et les ganglions mésentériques, sont les organes presque constamment lésés dans la fièvre typhoïde.

VIII. Après les organes signalés dans la proposition précédente, ceux qui se trouvent le plus fréquemment altérés sont le foie, la rate et d'autres points indéterminés de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

IX. On ignore encore complètement quelles sont les causes immédiates qui président au développement des lésions anatomiques qu'on observe chez les personnes qui succombent à cette maladie.

X. La fièvre typhoïde ne saurait être considérée comme absolument semblable à une simple entérite, et encore moins à une gastro-entérite.

XI. Les phénomènes précurseurs de la fièvre typhoïde sont ordi-

nairement si graves et si nombreux, qu'on ne doit pas s'étonner de les voir tristes avant-coureurs d'une affection si dangereuse.

XII. Les pétéchies, taches typhoïdes, etc., existent presque constamment dans cette affection ; leur éruption s'opère le plus souvent du septième au douzième jour de la maladie ; elles peuvent occuper toutes les parties du corps ; mais dans l'immense majorité des cas, elles se développent sur les parois abdominales et thoraciques.

XIII. Une légère hémorrhagie intestinale qui survient du huitième au douzième jour de la maladie doit être considérée comme un phénomène très-favorable pour la guérison.

XIV. Si dans quelques-unes des périodes de la fièvre typhoïde la peau s'altère et prend une teinte terreuse, si le *facies* revêt les traits de la face hippocratique, si les dents, la langue et les lèvres deviennent fuligineuses, et si enfin à tous ces désordres viennent s'ajouter des rêvasseries continuelles, on est justement autorisé à redouter une terminaison funeste.

XV. Chez un malade arrivé à la troisième période de l'affection typhoïde, s'il survient tout à coup et sans aucune cause appréciable une douleur très-aiguë dans l'abdomen, des lipothymies, des sueurs froides, de la fréquence et une très-grande irrégularité dans les mouvemens du pouls, on peut affirmer hardiment qu'il s'est fait une perforation sur quelqu'un des points des parois de l'intestin, qui a été suivie d'un épanchement dans la cavité du péritoine.

XVI. La perforation de cet organe est presque toujours suivie d'une péritonite très-intense et constamment mortelle.

XVII. La pneumonie est l'état morbide qui complique le plus sou-

vent l'affection typhoïde; néanmoins il ne faut pas croire d'une manière absolue que toutes les fois que celle-ci est accompagnée de dyspnée, d'un son mat sur les parois thoraciques et même d'un râle crépitant, etc., il ne faut pas croire, dis-je, qu'il existe toujours dans ces cas une inflammation du parenchyme des poumons.

XVIII. Jusqu'à présent, malgré les essais nombreux qui ont été faits, on ne saurait déterminer quel est le traitement qui convient le mieux à la fièvre typhoïde; et je crois qu'on a eu justement raison de dire qu'il n'est pas au pouvoir du médecin d'en arrêter la marche ni même d'en abréger la durée; tout au plus si nous pouvons y apporter quelque heureuse modification.

XIX. Les moyens thérapeutiques dont on a fait usage pour la traiter peuvent tous, suivant les cas, avoir leur utilité; et la préférence accordée à tels plutôt qu'à tels autres doit être dictée par l'état des forces et de la constitution du malade, par la forme et la gravité de la maladie, par son état de simplicité et de complication, et enfin par la période où elle se trouve arrivée.

XX. Les bons résultats que j'ai vu obtenir de l'emploi des chlorures dans le traitement de la fièvre typhoïde me portent à penser que, combinés, suivant les indications, avec telle ou telle autre médication, ils constituent, dans l'état actuel de la science, le meilleur mode thérapeutique de cette maladie.

XXI. *A priori*, et par le seul raisonnement, on peut, jusqu'à un certain point, se rendre compte de l'action des chlorures et des diverses modifications organiques qu'ils sont susceptibles de produire. C'est pour cela que je crois convenable de les employer, au début de la fièvre typhoïde, seulement en lotions, bains, lavemens, et de ne les administrer par l'estomac qu'à la seconde période.

XXII. Les dangers de l'application des vésicatoires, dans le traitement de la fièvre typhoïde, ont été, ce me semble, un peu trop exagérés; et, si je ne devais avoir égard qu'aux malades chez lesquels je les ai vu employer, je pourrais ajouter que leur usage n'est jamais nuisible, s'il n'est pas toujours utile.

FIN.